

## S 21 KR 1837/15

Land  
Hamburg  
Sozialgericht  
SG Hamburg (HAM)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
21  
1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
S 21 KR 1837/15  
Datum  
03.02.2020  
2. Instanz  
LSG Hamburg  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 3.185,15 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung einer stationären Krankenhausbehandlung. Die Klägerin betreibt ein nach § 108 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus. Vom 12. bis 14. Juni 2014 behandelte sie den bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Herrn M. ("Versicherter"). Der Versicherte leidet unter einer Muskelerkrankung, die unter anderem dazu führt, dass er seit dem Säuglingsalter über ein Tracheostoma beatmet werden muss. Die stationäre Behandlung im Krankenhaus der Klägerin diene der Beatmungskontrolle. Hierzu wurde er auf die eigens für Beatmungsfälle eingerichtete Station "Lufthafen" der Klägerin aufgenommen. Für die Behandlung rechnete die Klägerin unter Berücksichtigung von 49 Beatmungsstunden nach der DRG E40C einen Gesamtbetrag von 4.217,04 Euro ab. Diesen Betrag zahlte die Beklagte zunächst. Anschließend beauftragte sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Überprüfung des Behandlungsfalles. Diese Überprüfung wurde im Rahmen einer Begehung durchgeführt. In einer Stellungnahme vom 20. November 2014 vertrat der MDK-Gutachter Dr. D. die Auffassung, dass die von der Klägerin abgerechneten Beatmungsstunden gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) nicht abrechenbar seien. Bei dem Versicherten handle es sich nicht um einen intensivmedizinisch versorgten Patienten. Der Zustand des Versicherten bei Aufnahme ins Krankenhaus sei genauso gewesen, wie ansonsten auch im außerklinischen Bereich. Eine akute Verschlechterung habe nicht vorgelegen, genauso wenig wie eine maximale Behandlungsintensität oder eine kurative Zielsetzung bzw. Behandlung der Ursache. Dr. D. empfahl die Abrechnung über die DRG E78Z. Nach Widerspruch der Klägerin legte die Beklagte dem MDK den Fall ein weiteres Mal vor. In einer weiteren Stellungnahme vom 25. März 2015 blieb der MDK-Gutachter Dr. D. jedoch bei seiner Auffassung aus dem Erstgutachten. Gestützt auf die Stellungnahme des MDK verrechnete die Beklagte am 5. Mai 2015 einen Betrag von 3.185,15 Euro mit anderen unstreitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin. Hiergegen hat die Klägerin am 9. November 2015 Klage erhoben. Zur Begründung führt sie aus, dass es sich bei der Station "Lufthafen" um eine Intensivstation handle. Im "Lufthafen" erfolge eine ausgeprägte Rundum-Betreuung. Die apparative Versorgung sei vielfältig und umfasse neben den Geräten zur kontinuierlichen Kontrolle von EKG, Blutdruck, Körpertemperatur und anderen Vitalparametern zusätzliche Spezialapparaturen – etwa Beatmungsgeräte, elektronisch gesteuerte Medikamentenpumpen, Beobachtungsmonitore oder Dialysegeräte, die alle in unmittelbarer Nähe zum Patientenbett vorhanden seien. Im Fall des Versicherten sei eine intensivmedizinische Versorgung durchgeführt worden. Diese sei auch erforderlich gewesen. Das Leben des Versicherten sei seit seiner Geburt technologieabhängig. Jede Fehlfunktion, jeder Geräteausfall, jede Kanülenobstruktion bedeute eine jeweils unmittelbare Lebensgefahr. Die regelmäßig erforderliche Therapiekontrolle setze nicht nur ein kompetentes Behandler-Team, sondern auch eine adäquate Versorgungsstruktur voraus. Für die Betreuung des Versicherten und die Erhaltung der lebenswichtigen Funktion der Atmung sei die Unterbringung auf einer Intensivstation mit entsprechender Expertise zwingende Voraussetzung. Da die Behandlung auf einer Intensivstation erfolgt sei, seien die erbrachten Beatmungsstunden auch abrechenbar.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3.185,15 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 % seit dem 5. Mai 2015 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Zur Begründung ihres Klageabweisungsantrags nimmt die Beklagte im Wesentlichen auf die vorgerichtlich eingeholten Stellungnahmen des MDK Bezug. Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Gutachtens durch den Sachverständigen Dr. B ... Dieser bestätigt in seinem Gutachten vom 18. Februar 2019 die Diagnose "chronische respiratorische Insuffizienz bei Muskeldystrophie unklarer Genese". Er hat festgestellt, dass bei dem Versicherten eine Optimierung der außerklinischen invasiven Beatmung erfolgte. Dies sei unter den intensivmedizinischen Bedingungen geschehen, die die Station "Lufthafen" sowohl personell als auch apparativ vorhalte. Gemäß einem Positionspapier des Verbandes neurologischer Kliniken und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin seien

invasiv beatmet Patienten aus Gründen der Überwachung und Betreuung grundsätzlich intensivmedizinisch zu versorgen. Es bestehe zum Beispiel bei akzidentiellen Dekanülierungen, Geräteausfall oder Kanülenverlegung eine vitale Bedrohung. Aus diesem Grunde habe die Klägerin die Beatmungstunden korrekt kodiert. Entgegen der Auffassung des MDK sei der Zustand des Versicherten nicht stabil gewesen. Vielmehr hätten die Beatmungsparameter angepasst werden müssen. In einer weiteren Stellungnahme vom 4. August 2019 hat der Sachverständige ergänzend ausgeführt, dass sich die intensivmedizinische Versorgung des Versicherten unter anderem daraus ergebe, dass er in der Fachabteilung Intensivmedizin, Schwerpunkt Pädiatrie behandelt worden sei. Auf den sogenannten Fieberkurven finde sich die Bezeichnung Intensivabteilung. Aus diesen gehe zudem hervor, dass regelmäßig Vitalparameter bestimmt, Blutgasanalysen vorgenommen und die Beatmungsparameter adaptiert worden seien. Daraus müsse geschlossen werden, dass es sich um eine intensivmedizinische Versorgung gehandelt haben muss. Die tatsächlich stattgefundenene Behandlung des Versicherten habe nicht auf einer Station ohne intensivmedizinische Bedingungen stattfinden können. Unter Bezugnahme auf das oben genannte Positionspapier führt der Sachverständige aus, dass die Versorgung langzeitbeatmeter Patienten auf einer Normalstation, ohne intensivmedizinische Bedingungen, einen Behandlungsfehler darstellen würde. Eine solche Behandlung sei fahrlässig und würde den derzeit geforderten Standard unterschreiten.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet. I. Die Klage ist zulässig. Sie ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft, weil es sich bei dem verfolgten Anspruch der Klägerin auf Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 3.185,15 Euro um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt. In diesem Gleichordnungsverhältnis kommt eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht. Die Klägerin musste daher vor Klageerhebung weder ein Vorverfahren durchführen noch eine Klagefrist beachten (st. Rspr., vgl. BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#); SozR 4-2500 § 9 Nr. 12; SozR 4-2500 § 109 Nrn. 13 und 17). II. Die Klage hat aber in der Sache keinen Erfolg, denn die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen weitergehenden Vergütungsanspruch für die hier streitige Behandlung des Versicherten. Der Klägerin stand eine Vergütung nach der Fallpauschale DRG E78Z zu. Diesen Vergütungsanspruch hat die Beklagte erfüllt. Die Klägerin durfte den Behandlungsfall nicht mit einer höherbewerteten Fallpauschale abrechnen. Im Hinblick auf die zunächst gezahlte höhere Vergütung nach der DRG E40C stand der Beklagten ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in entsprechender Anwendung der [§§ 812 ff.](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu (st. Rspr. z.B. BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11](#) m.w.N.). - juris). 1. Anspruchsgrundlage für die Vergütung der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), § 17b Abs. 1 Satz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) sowie der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2014 (FPV 2014). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil v. 18.9.2008, [B 3 KR 15/07 R](#) - juris; Landessozialgericht Hamburg, Urteil v. 20.7.2016, [L 1 KR 13/15](#), Rn. 17 - juris). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene Kodierrichtlinien (DKR) beschlossen. Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014, Az. [B 1 KR 25/13 R](#), Rn. 13 m.w.N. - juris). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, Az. [B 3 KR 7/12 R](#), Rn. 13, m.w.N. - juris). 2. Nach diesen Maßstäben stand der Klägerin eine weitere Vergütung nicht zu, denn der Behandlungsfall war - wie von der Beklagten zu Recht zu Grunde gelegt - mit der DRG E78Z zu kodieren. a) Streitentscheidend war hier, ob die Klägerin die Beatmung des Versicherten bei der Abrechnung berücksichtigen durfte. Dass der Versicherte maschinell beatmet wurde, ist zwischen den Beteiligten unstrittig. Der Versicherte wurde dauerhaft über ein Tracheostoma beatmet. Er verfügte über ein eigenes Beatmungsgerät, das ausweislich der Krankenakte auch während des stationären Aufenthalts genutzt wurde (Seite 12 der Krankenakte). Allerdings führt die Beatmungspflichtigkeit des Versicherten für sich genommen noch nicht dazu, dass die aufgewendeten Beatmungstunden von der Klägerin abgerechnet werden durften. Nach Maßgabe der DKR 1001I sind Beatmungszeiten bei heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden, nur dann zu erfassen, wenn es sich im Einzelfall um einen intensivmedizinisch versorgten Patienten handelt. Die Kodierrichtlinien unterscheiden damit nach Wortlaut und Systematik klar zwischen der Beatmungspflichtigkeit als solcher und der intensivmedizinischen Versorgung. Intensivmedizin ist die Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind, mit dem Ziel, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen (BSG, Urteil v. 28.2.2007, [B 3 KR 17/06 R](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr. 8](#), Rn. 19). b) Vorliegend wurde der Versicherte während des stationären Aufenthalts nicht intensivmedizinisch versorgt. Die Beteiligten haben in diesem Zusammenhang insbesondere darüber gestritten, ob die Station "Lufthafen" den Status einer Intensivstation hat. Darauf käme es nur an, wenn eine intensivmedizinische Versorgung ausschließlich auf einer ausgewiesenen Intensivstation stattfinden könnte. Nach dem Wortlaut der DKR 1001I ist lediglich eine intensivmedizinische Versorgung erforderlich, nicht jedoch die Behandlung auf einer Intensivstation. Darüber hinaus fordert die DKR 1001I bei heimbeatmeten Patienten ausdrücklich eine Einzelfallbetrachtung. Diese beiden Aspekte sprechen für eine funktionale Betrachtung. Demnach wäre eine intensivmedizinische Versorgung im Sinne der DKR auch außerhalb von Intensivstationen denkbar ist, wenn die hierfür notwendigen Apparaturen, die personelle Ausstattung sowie eine entsprechende Organisationsstruktur vorhanden sind (vgl. LSG München, Ur. v. 15.2.2019, [L 4 KR 326/17](#), Rn. 53ff., juris; a.A. SG Potsdam, Ur. v. 14.3.2013, [S 3 KR 407/10](#), Rn. 60, juris). Andererseits dürfte regelmäßig von einer intensivmedizinischen Versorgung auszugehen sein, wenn ein Patient auf einer Intensivstation behandelt wird. Dafür spricht, dass intensivmedizinische Kapazitäten als höchste Versorgungsstufe nur in knappem Umfang zur Verfügung stehen und für die Krankenhäuser kostenintensiv zu unterhalten sind (vgl. J. Martin et. al, "Kosten der intensivmedizinischen Versorgung in einem deutschen Krankenhaus", *Der Anästhesist* 2008, S. 1 ff.). Es dürften kaum medizinische und ökonomische Anreize bestehen, "normale" Versorgungsfälle auf einer Intensivstation zu behandeln. Die Vermutung einer intensivmedizinischen Versorgung auf einer Intensivstation ist allerdings widerleglich. Der Beklagten kann zwar nicht darin gefolgt werden, dass für die Abrechenbarkeit von Beatmungstunden der Nachweis einer "intensivmedizinischen Behandlung" erforderlich wäre. Soweit die Beklagte hierin ein "Mehr" gegenüber einer intensivmedizinischen Versorgung sieht, findet dies im Wortlaut der DKR 1001I keine Stütze. Es bleibt auch unklar, wie die Begriffe "Behandlung" und "Versorgung" gegeneinander abgegrenzt werden sollten. Einer intensivmedizinischen Versorgung dürfte es aber entgegenstehen, wenn der Behandlungsverlauf, wie er sich aus der Dokumentation ergibt, Merkmale aufweist, die den vom BSG entwickelten Kriterien der Intensivmedizin entgegenstehen. c) Vorliegend kann es dahinstehen, ob es sich bei der Station Lufthafen um eine Intensivstation handelt, denn die Auswertung der Behandlungsdokumentation spricht hier gegen eine intensivmedizinische Versorgung des Versicherten. Es steht außer Frage, dass die Atmungsfunktion des Versicherten erheblich beeinträchtigt war. Der Versicherte war insoweit

allerdings mit eigenen Beatmungsgeräten versorgt, die er auch in die stationäre Behandlung mitnahm. Die Aufnahme des Versicherten erfolgte zur Beatmungskontrolle. Im Mittelpunkt der Behandlung stand also die Beatmung selbst und nicht der Zeitgewinn für die Behandlung des Grundleidens, wie vom BSG beschrieben. Auffällig waren bei dem Versicherten ein zunehmendes Müdigkeitsgefühl und ein Abfall der morgendlichen Sauerstoffsättigungswerte um 4 bis 5 Punkte. Der Sachverständige hat hieraus geschlossen, dass der Zustand des Versicherten nicht stabil gewesen sei. Eine tiefergehende Begründung für diese Annahme gibt der Sachverständige allerdings nicht. Er beschränkt sich lediglich auf den Hinweis, dass die Beatmungsparameter angepasst werden mussten. Im Untersuchungsbefund bei Aufnahme wird dem Versicherten demgegenüber ein "guter Allgemein- und schlanker Ernährungszustand" bescheinigt. Auch im Übrigen beschreibt der Untersuchungsbefund keine besonderen Auffälligkeiten. Im Verlaufsbericht wird der Zustand des Versicherten durchweg als "gut" und "stabil" beschrieben ("3-Tages-Pflegekurve" und Seite 12 der Krankenakte). In der Krankenakte finden sich auch sonst keine Anhaltspunkte für einen unmittelbar lebensbedrohlichen Zustand des Versicherten, der über die grundsätzlich vorhandene Beatmungspflichtigkeit hinausgeht. Auch eine besonders engmaschige Überwachung des Versicherten lässt sich nicht nachvollziehen. Lediglich in der Nacht vom 12. auf den 13. Juni 2014 ist eine vermehrte Kontrolle der Respirator-Einstellungen erkennbar. Im Übrigen findet sich in der Behandlungsakte im Wesentlichen die übliche Dokumentation des Früh-, Spät- und Nachtdienstes ohne besondere Auffälligkeiten. Am zweiten Behandlungstag, dem 13. Juni 2014, wird ein mehrstündiger Ausflug des Versicherten zum Einkaufen beschrieben. Die Abwesenheit von der Station widerspricht der von der Klägerin hervorgehobenen besondere Überwachungsbedürftigkeit des Versicherten auf einer Intensivstation. Unter diesen Umständen geht die Kammer nicht davon aus, dass der Versicherte intensivmedizinisch versorgt wurde. Die Kammer vermag sich insoweit den äußerst knapp begründeten Schlussfolgerungen des Sachverständigen nicht anzuschließen. Die Wertungen des Sachverständigen sind für die Kammer nicht bindend, da es sich bei der inhaltlichen Bestimmung des Begriffs der intensivmedizinischen Versorgung um eine rechtliche Frage handelt (LSG Essen, Urt. v. 14.2.2019, L 16 KR 562, Rn. 38, juris). Der Sachverständige hat auf die Nachfrage des Gerichts, woraus sich eine intensivmedizinische Versorgung des Versicherten konkret ergebe, lediglich abstrakt generelle Aspekte hervorgehoben. So stellt der Sachverständige darauf ab, dass der Versicherte auf der Station Lufthafen behandelt worden sei, die der Sachverständige als Intensivstation qualifiziert. Dabei bezieht er sich auf die Angaben der Klägerin auf ihrer Website sowie die Bezeichnung der Fieberkurven in der Krankenakte. Nach den oben genannten Maßstäben kann die Vermutung einer intensivmedizinischen Versorgung auf einer Intensivstation anhand der Behandlungsdokumentation widerlegt werden. Wie oben dargelegt, gibt es hier Anhaltspunkte, die gegen eine intensivmedizinische Versorgung sprechen. Als weiteres Argument zieht der Sachverständige ein Positionspapier des Verbandes pneumologischer Kliniken und der Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin ("Positionspapier") heran. Dieses Positionspapier enthält vor allem eine Beschreibung der Kodiermöglichkeiten von Beatmungszeiten. Erst in der Zusammenfassung des Positionspapiers heißt es, dass invasivbeatmete Patienten grundsätzlich intensivmedizinisch zu versorgen seien. Begründet wird dies mit den Gefahren einer Dekanüllierung, eines Geräteausfalls oder einer Kanülenverletzung. Bei dem Positionspapier handelt es sich nicht um eine Behandlungsleitlinie, sondern im Wesentlichen um Kodierempfehlungen der zuständigen Fachgesellschaften. Im Hinblick auf die Empfehlung der intensivmedizinischen Versorgung genügt es zumindest unter kodierrechtlichen Aspekten nicht, lediglich auf die Gefahren eines technischen Versagens der Beatmungsvorrichtung abzustellen. Diese Gefahren sind der dauerhaften invasiven Beatmung über ein Tracheostoma immanent. Die Kammer bestreitet auch nicht, dass sich hieraus ein erhöhter Überwachungs- und Betreuungsaufwand ergibt. Zum einen gilt dies aber auch außerhalb des Krankenhauses, wo in der Regel keine intensivmedizinische Behandlungsdichte sichergestellt sein wird. Zum anderen sollen, wie bereits oben dargelegt, nach Wortlaut und Systematik der Kodierrichtlinien nicht bei allen dauerhaft über ein Tracheostoma beatmeten Patienten Beatmungsstunden abrechenbar sein. Ob durch diese Kodiervorgaben der tatsächliche Aufwand der Klägerin kostendeckend vergütet wird, war von der Kammer nicht zu entscheiden. Das DRG-basierte Vergütungssystem ist vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit selbstlernendes System angelegt. Zutage tretende Wertungswidersprüche, Unrichtigkeiten und sonstige Ungereimtheiten oder Fehlsteuerungen sind in erster Linie von den Vertragsparteien mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteil v. 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), juris). 3. Da die Beklagte zunächst die von der Klägerin abgerechnete DRG E40C gezahlt hatte, stand ihr ein Erstattungsanspruch in Höhe von 3.185,15 Euro zu. Dies entspricht dem Differenzbetrag zu der abrechenbaren DRG E78C. Den überzahlten Betrag durfte die Beklagten nach Durchführung der MDK-Prüfung gem. § 11 Abs. 5 S. 2 des Hamburger Krankenhausvertrages mit anderen unstreitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin aufrechnen. III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§§ 154 Abs. 1](#), [161 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2020-07-24